

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 2

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'URÉTÉROSTOMIE ILIAQUE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 19 Novembre 1924

PAR

André-Édouard-François-Joseph BUISSON

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à GRENOBLE (Isère), le 26 mai 1900.

Examineurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
RIVIÈRE, professeur	} <i>Juges.</i>
PERY, agrégé	
DUVERGEY, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1924-1925 — N° 2

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'URÉTÉROSTOMIE ILIAQUE



THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 19 Novembre 1924

PAR

André-Édouard-François-Joseph BUISSON

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

Né à GRENOBLE (Isère), le 26 mai 1900.

Examineurs de la Thèse

MM. GUYOT, professeur	<i>Président.</i>
RIVIÈRE, professeur	} <i>Juges.</i>
PERY, agrégé	
DUVERGEY, agrégé	



BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET

17, RUE POQUELIN-MOLIÈRE, 17

1924

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS... Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. LANELONGUE, BADAL, PITHES, ARNOZAN, POUSSON, VILLAR.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAËT.	Médecine expérimentale.....	FERRÉ.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	LAGRANGE.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	N.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	RIVIÈRE.	Clinique médicale des maladies des enfants.....	MOUSSOUS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	PICQUÉ.	Physique pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clinique des malad. exotiques.....	LE DANTEC.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	W. DUBREUILH.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Pathol. ext. et chirurg. opératoire et expériment.....	N.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Physique biologique et clin. d'électricité médicale.....	BERGONIÉ.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURE.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	BARTHE.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — LABAT (Pharmacie). — CARLES (Thérapeutique et pharmacologie).
PETGES (Vénérologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie.....	VILLEMIN.	Médecine générale.....	MICHELEAU.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	BONNIN.
Physiologie.....	DELAUNAY.	Maladies mentales.....	PERRENS.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	Chirurgie générale.....	ROCHER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	DUVERGEY.
id.....	N.	id.....	PAPIN.
Physique biologique et médicale.....	RECHOU.	id.....	JEANNENEY.
Chimie biologique et médicale.....	N.	Obstétrique.....	PERY.
Médecine générale.....	MAURIAC.	id.....	FAUGÈRE.
id.....	LEURET.	Ophtalmologie.....	TEULIÈRES.
id.....	DUPERIÉ.	Oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
id.....	GREYX.	Pharmacie.....	GOLSE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	ANDÉRODIAS.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmaceutiques.....	LABAT.
Accouchements.....	PERY.	Chimie pharmaceutique.....	GOLSE.
Clin. des mal. des voies urinaires.....	DUVERGEY.	Chimie minérale.....	N.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Hygiène appliquée.....	N.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes... MM. ROCHER.
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

Toute ma tendresse est à vous.

A MON PARRAIN — A MA MARRAINE

Qu'ils soient remerciés pour leur grande
bonté.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE MÉDECIN GÉNÉRAL BARTHÉLEMY

*Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique*

A MONSIEUR LE MÉDECIN PRINCIPAL BROCHET

*Sous-Directeur de l'École principale du Service de Santé de la Marine,
Chevalier de la Légion d'honneur.*

Qu'il me soit permis d'exprimer respectueusement à mes chefs toute ma gratitude pour leur grande bienveillance à mon égard

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUVERGEY

*Chargé du cours complémentaire de clinique des maladies des voies urinaires,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,*

Il nous inspira l'idée de cette thèse, ne nous épargna point les conseils et nous accueillit toujours avec une extrême courtoisie. Nous le remercions très vivement.

A MES JUGES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

Après nous avoir dispensé les utiles conseils au lit du malade, il nous fait aujourd'hui le grand honneur de présider notre thèse; nous le remercions de son extrême bienveillance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'URÉTÉROSTOMIE ILIAQUE

CHAPITRE PREMIER

Historique.

La pratique de l'urétérostomie biliaire à titre d'intervention bien établie date du mémoire de Legueu et Papin en 1921. Il y a fort longtemps cependant que des chirurgiens avaient eu l'occasion d'aboucher les uretères à la paroi abdominale et leurs résultats n'avaient pas été brillants. Il existait d'ailleurs une technique dont Rowing s'est fait le champion et qui implantait les uretères à la paroi lombaire.

En 1869, Simon, pratiquant sa millième ovariectomie, pince accidentellement l'uretère gauche de sa patiente. Il la fixe à la paroi abdominale. La malade dut être néphrectomisée et mourut. Le Déntu, en 1889, pour remédier à des accidents d'anurie chez une hystérectomisée pour néoplasme, abouche les uretères à la paroi lombaire et a une survie de treize jours.

Hayes-Agnew, en 1891, dans les mêmes conditions, n'a pas de meilleur résultat. Harrison, le premier, pratique, dans un cas d'extrophie, une urétérostomie iliaque et a un résultat heureux.

Giordano, en 1894, extirpe une vessie cancéreuse et fixe les uretères à la peau abdominale. La malade meurt. L'autopsie révèle un rein détruit et l'autre farci d'abcès. En 1895, Wassiliew, plus heureux, a une survie de sept mois après cystectomie, par cette méthode. Goldenberg, en 1901, à la clinique Garré, voit, treize mois après son intervention, sa malade mourir de pyélonéphrite double. Verhoogen conserve son patient six mois. Hogge implante les uretères au rectum. Son malade survécut cinq mois. Bardenheuer adopte l'anastomose rectale, mais voit au bout de quatre mois les uretères se nécroser et un cloaque se former. Albarran essaie le procédé. Rowing fait de l'urétérostomie lombaire une opération bien définie et qui lui donne satisfaction (1907). Willms propose (1907) d'implanter les uretères au-dessus et en dehors de l'épine iliaque antéro-supérieure pour assurer une meilleure hygiène des méats.

Kurt Frank, en 1912, montre que l'abouchement abdominal convient mieux à l'appareillage.

Mais les expérimentateurs s'emparent de la question. Lapins et chiens mis à contribution meurent de pyélonéphrite. L'opinion de Gluck et Zeller, de Trekaki, de Boari, met en défaveur l'urétérostomie. Legueu et Papin reprennent la question et réhabilitent cette intervention en montrant le danger de la rétention pyélique par la coudure des uretères qu'on évite par une technique appropriée. Ils la pratiquent avec succès à la clinique Necker. A Tours, le docteur Huc a un résultat heureux. Notre maître, le professeur Duvergey, la tente deux fois et obtient des résultats encourageants.

CHAPITRE II

I. Technique.

Nous emprunterons au travail de Legueu et F. Papin les détails de cette intervention bien établie par eux. Ils considèrent qu'il y a deux obstacles dans cette opération qu'il faut éviter : la suture de l'uretère et son obstruction qui ont de fatales conséquences, à savoir la rétention dans le bassin et la pyonéphrose consécutive. De ce fait, ils préfèrent l'abouchement iliaque qui favorise aussi l'appareillage à l'abouchement lombaire dans le triangle de J.-L. Petit suivant la technique de Rovsing.

1° *Incision cutanée.* — Les méats cutanés seront situés en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, placés symétriquement de chaque côté de la ligne médiane. L'incision aura son centre à deux travers de doigt en dedans de l'épine et sera parallèle à la crête. Proportionnée à l'embonpoint du sujet, elle doit éviter l'éventration et doit donner un jour suffisant pour pincer l'uretère aussi bas que possible ;

2° *Incision profonde.* — Les procédés applicables aux opérations de cette région (appendicectomie) peuvent être employés : incision parallèle soit aux fibres, soit à l'incision cutanée ;

3° *Découverte de l'uretère.* — On refoule le péritoine en dedans ; à sa face profonde on découvre successivement les vaisseaux utéro-ovariens ou spermatiques et plus en dedans l'uretère. On le libère à la sonde ou au doigt et on le sectionne aussi bas que possible ;

4° *Réfection de la paroi.* — L'uretère est attiré au point d'implantation. La paroi est reconstituée comme dans les autres laparotomies, en ayant soin de ne pas comprimer l'uretère qui

doit dépasser de quelques centimètres la paroi sans coudre ni tiraillements. Legueu, pour éviter l'obstruction du canal, préfère un ajutage en verre à la sonde urétérale.

Le docteur Huas a insisté sur deux points de technique :

N'inciser que le grand oblique et écarter le petit oblique et le transverse ;

Ne pas décoller l'uretère sus-jacent à l'implantation.

II. Soins post-opératoires.

Au bout de quelques jours, la portion extériorisée de l'uretère se nécrose et tombe. Des adhérences fixent la bouche néoformée à la paroi. Des sondes urétérales fréquemment renouvelées sont substituées à l'ajutage de verre. En quinze jours, la plaie opératoire guérit et permet l'appareillage. Le malade a jusque-là uriné dans un bocal placé près de son lit par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc. La situation est affreusement gênante pour le malade incontinent qui souille sans cesse son pansement. Il doit être changé souvent et la peau soigneusement vaselinée pour éviter l'irritation et le sphacèle.

L'appareillage. — Deux cupules métalliques entourées d'un pneumatique faisant ventouse recueillent l'urine de chaque rein et la conduisent par deux tubes placés au point déclive à deux vessies pendant le long des cuisses. Une ceinture à serrage antérieur et postérieur assure la fixité de l'appareil. Le malade tolère assez facilement l'appareil debout, mais l'étanchéité se trouve compromise dans le décubitus. Il y a là un point de technique difficile à résoudre. Legueu propose un deuxième tube d'évacuation au point déclive dans le décubitus.

III. Suites opératoires.

Les accidents qui surviennent chez les uretérostomisés sont de deux ordres : sténose du méat artificiel, pyélonéphrite. Nous ne parlerons pas de la coudure qui fait suite à une intervention mal réglée. Elle était la cause d'insuccès de la méthode Rovsing.

C'est par une surveillance attentive de l'écoulement qu'on évitera le rétrécissement de la bouche. Il conviendra de temps à autre de faire de la dilatation. L'infection ascendante sera prévenue par les soins minutieux de la région, par l'uroformine interne, par les lavages du bassinnet au nitrate d'argent. On n'est jamais sûr de parer à l'infection. Elle se produit d'une façon plus ou moins certaine, au bout d'un temps plus ou moins long, suivant les conclusions du professeur Duvergey. Peut-être faut-il faire intervenir cette atonie de l'uretère de certains auteurs comme cause de rétention pyélique.

Le fonctionnement du rein n'a pas à pâtir de l'urétérostomie, ainsi qu'en témoignent les constantes et les azotémies post-opératoires. Un mois après l'intervention, le malade du professeur Duvergey (Obs. I) avait 0 gr. 30 dans son sérum.

Pakowski, en 1913, relevait 35 cas avec 22 guérisons chirurgicales, soit une mortalité de 62,8 p. 100, mais on y faisait entrer tous les procédés d'abouchement cutané et surtout le Rovsing. Dans les 18 observations nouvelles de Papin, Duvergey, Huc et Guyot, on relève 2 morts opératoires; 2 morts dans les quatre mois, soit 22,2 de mortalité opératoire. Les cas malheureux étaient d'ailleurs des cas limites et seule l'extension du processus néoplasique est mise en cause. On peut enregistrer 16 guérisons, c'est-à-dire que les malades ont pu quitter l'hôpital ne souffrant plus, telle la malade de Huc qui reprit une vie errante. Ces malades ont pu reprendre goût à la vie, s'occuper, mener une vie tolérable, alors que toute thérapeutique avait échoué et qu'ils se confinaient dans le marasme. Les trois extrophies traités par cette méthode ont eu particulièrement à s'en louer. On peut constater que l'infection ascendante tant redoutée n'a atteint aucun de ces 16 opérés.

CHAPITRE III

I. Indications opératoires.

L'urétérostomie biliaire définitive, en dérivant le cours des urines en amont de la vessie, exclut cet organe et lui accorde un repos complet. Ce n'est pas une opération curative, elle n'est que palliative. Elle s'adresse à des affections incurables de la vessie. Elle veut apporter à de pauvres malades une atténuation à leur maux. Évidemment, les deux grosses affections qui la justifient sont le cancer et la tuberculose. Il y a aussi à parler des lésions accidentelles des uretères, telles les sections opératoires (cas classiques de Le Dentu et Simon). Ce sont des faits rares. Les néoplasies voisines, par exemple les cancers utérins propagés ou les néoplasmes prostatiques ulcérés, doivent être traitées comme lésions vésicales. De même, il y a des cystites douloureuses rebelles, qui ne relèvent ni de la bacillose ni du cancer, qui peuvent motiver une exclusion. Enfin, il y a une malformation, l'extrémité vésicale qui pourrait peut-être bénéficier de l'opération. Nous en reparlerons.

1^o *Cancer vésical*. — Il s'agit surtout ici de la forme infiltrée qui progresse sournoisement. Elle envahit l'organe qui réduit souvent sa capacité dans de grandes proportions (tel le cas du professeur Duvergey).

Le malade, âgé en général, a des hématuries terminales, abondantes et capricieuses. Il s'anémie et perd ses forces. Son épithélioma s'est ulcéré. La cystite se surajoute. Il souffre. Chaque fois que sa vessie se distend, et cela est fréquent, des crises douloureuses le torturent. Que faire à ce pauvre malade ? On peut, d'une âme chirurgicale, s'attaquer à la lésion. La

cystectomie totale se présente à l'esprit. Elle ne semble pas une opération aussi radicale qu'un Wertheim ou un Halstedt. Pasteau a montré que les ganglions pelviens étaient envahis. D'autre part, si on consulte les statistiques, on voit que Rafin a 56,6 p. 1.000 de mortalité pour cette intervention, Verhoo-gen 52, Rowing 50. Pakowski, dans le Service Civile, sur 119 cas note 67 morts. On envisage donc là une opération grave, hasardeuse, choquante, et on n'est pas assuré d'avoir enrayé le processus néoplasique. Cependant, des auteurs ont voulu chercher le pourquoi de cette fatalité et ont montré qu'il importait de traiter les uretères. Il faut assurer au malade une bonne dérivation urinaire. L'urétérostomie iliaque pourra être utilisée dans ce but et Heresco et Wilms ont eu des résultats heureux.

Si le chirurgien se trouve en présence d'un malade débilité par les pertes sanguines, terrassé par des douleurs sans répit, en marche vers la cachexie ou l'anurie avec une azotémie élevée, il cherchera, par une opération simple, rapide, d'exécution facile et peu choquante, de soulager son malade. Quand la vessie sera au repos, que sa paroi ulcérée ne subira plus le contact irritant du flux urinaire, le saignement s'atténuera et les douleurs paroxystiques seront moins vives. C'est ce que confirment les observations. On aura apporté un peu de mieux-être à ces malheureux patients; on aura pu associer aux moyens chirurgicaux la radiothérapie profonde. L'exclusion vésicale paraît donc être le traitement logique des cancers étendus pour lesquels une exérèse vésicale est dangereuse.

2° *Tuberculose vésicale.* — L'exclusion vésicale a été bien étudiée dans les travaux de Legueu et Boekel et l'importante thèse de Di Chiara. L'urétérostomie iliaque y est à peine envisagée et Di Chiara met au premier plan la néphrostomie qui lui semble la méthode de choix évidemment supérieure à l'urétérostomie de Rovsing.

Les cas de tuberculose vésicale justifiables d'une exclusion sont rares. La plupart cèdent aux traitements locaux et surtout à la néphrectomie, car la bacillose vésicale est rarement primi-

tive et plus souvent sous la dépendance d'une atteinte rénale. A ces cas non curables, qui sont soit issus d'une tuberculose génitale, soit peut-être primitifs, on apportera le soulagement d'une exclusion. Il faut leur adjoindre sans doute ces cystites chroniques rebelles de nature inconnue, tels les cas de Kurt Frank et de Schämæker. L'élément douleur est ici prédominant, causé par des contractions incessantes d'une vessie toujours à limite de capacité, comme l'a montré Guyon. La cystostomie peut atténuer les souffrances de ces patients, mais passagèrement, comme l'indiquait déjà, dans sa thèse, Hartman en 1887. Il faudra recourir à une intervention plus isolante, néphrostomie ou urétérostomie.

3° Les tumeurs des organes voisins, utérus, prostate, rectum, vagin, peuvent se propager à la vessie et on se retrouve dans les cas précédents, mais ils peuvent surtout par compression amener des accidents d'anurie mécanique qu'il faut traiter au plus vite pour enrayer la toxémie urémique. L'exclusion vésicale trouve son indication ;

4° Il y a trois méthodes de traitement dans l'extrophie :

La suture directe suivant la méthode de Segond ;

La méthode autoplastique de Wood et Roux ;

La dérivation par le procédé de Maydl.

Cette dernière méthode serait pour Pousson le traitement de choix et, en fait, la statistique de Maydl est encourageante. Les perfectionnements de Soubotine et Peters l'amélioreraient encore. Mais l'intestin tolère mal le contact urinaire et réagit par des crises d'entérite. L'infection colibacillaire guette le patient. Aussi a-t-on entrepris, et avec succès dans certains cas, une double urétérostomie iliaque.

5° M. le professeur Guyot, dans une observation intéressante, nous fournit une nouvelle indication. Il s'agit d'une fistule vésico-vaginale rebelle et très pénible pour la malade et qu'une dérivation urétérale a considérablement améliorée ;

6° Enfin Rochet et Thévenot, à Lyon, ont préconisé, après néphrectomie pour rein bacillaire avec lésions vésicales rebelles, de dériver l'urine du rein sain par néphrostomie ou urétérostomie.

II. Contre-indications.

Nous pensons, pour ce qui est de l'exclusion, qu'elles viennent du rein. Il ne convient pas d'agir avec une diurèse défectueuse et une azotémie et un Ambard élevés. Si dans une bacillose vésicale les reins sont attaqués par le processus infectieux, toute dérivation devient inutile. Dans l'anurie mécanique, au contraire, la dérivation arrêtera les accidents toxiques.

Dans l'urétérostomie proprement dite, la contre-indication vient de l'état des uretères qui peuvent être envahis par extension du processus néoplasique ou bacillaire. Il convient de les examiner avec soin pour ne pas assurer au rein un drainage défectueux et dangereux.

CHAPITRE IV

Autres modes de dérivation.

Les uretéro-anastomoses internes. — Ne seraient-elles pas les opérations idéales pour exclure la vessie, puisqu'elles évitent la fistule externe et, partant, l'appareillage? Mais nous voyons que ce sont des interventions difficiles, choquantes, dangereuses pour des malades qui ne demandent qu'une atténuation de leurs maux.

Nous passerons une revue rapide de ces divers procédés :

1° *Anastomose uretéro-urétrale.* — Essayée par Sonnenbourg, Therson, Estor, elle n'encourage pas par ses résultats. Elle nécessite au préalable une cystectomie, opération difficile et choquante ;

2° *Anastomose uretéro-vaginale.* — Préconisée par Pawlick, puis Pauchet et Polosson, elle donne un réceptacle urinaire bien peu continent et d'asepsie douteuse. Les orifices uretéraux ont tendance à se rétrécir. Elle fournit des résultats peu probants. Pakowski pour 17 opérées constate 8 morts ;

3° *Anastomose uretéro-intestinale.* — De toutes la mieux étudiée et la plus souvent pratiquée.

Papin relate 48 cas avec 28 morts, soit une mortalité de 55 p. 100. Mirotwortzeff sur 78 cas note 50 p. 100 de mortalité. Oppel n'aurait que 40 p. 100.

En trouvant un chiffre inférieur à 40 p. 100, on est en droit de conclure que cette intervention est grave. Elle n'a donné de bons résultats que chez les extrophiés de la vessie où elle est faite dans de meilleures conditions. L'implantation classique du trigone vésical dans le rectum, suivant Maydl, a été modifiée par

Soubottine qui cloisonne le cloaque. Maydl aurait eu une statistique avec 2 p. 100 de morts. Dans les autres cas, l'anurie, le shock, la péritonite, guettent le malade qui vient d'être urétérostomisé et, s'il échappe à ces maux, à brève échéance l'infection ascendante lui pardonne rarement.

En résumé, si les anastomoses des uretères aux organes voisins semblent des procédés plus rationnels en évitant la fistule cutanée, elles arrêtent cependant le chirurgien par les difficultés techniques et surtout par les accidents qu'elles entraînent.

Nous parlerons alors des procédés où l'on crée une fistule permanente nécessitant un appareillage. Ce sont la cystostomie et la néphrostomie. Pakowski émettait l'idée d'aboucher le bassin à la peau. Cette pyélostomie n'est pas entrée dans la pratique.

1° *Néphrostomie*. — Intervention proposée par Watson en 1895; elle a été étudiée dans tous ses détails par Legueu, Marion, Bœkel, Pakowski, Papin. La technique employée généralement est celle d'Albarran. Elle est rapide et simple. Le seul accident opératoire est l'hémorragie consécutive au traumatisme vasculaire. Marion l'évite en incisant à 5 millimètres en arrière du bord convexe du viscère. « Les dangers de la néphrostomie par elle-même ne sont rien », dit le professeur Legueu.

Le néphrostomisé a donc bien supporté une opération brève et facile. Que peut-il craindre? Les hémorragies secondaires sont rares en suivant les conseils du professeur Pousson qui place à demeure, pendant quelques jours, une sonde de Pezzer. L'infection ascendante est aussi une complication peu fréquente, car la rétention pyélique a peu de chance de se produire si le drainage est exécuté correctement, et cette rareté de la pyélonéphrite serait pour certains un gros avantage sur les autres modes d'exclusion.

L'appareillage est assez incommode pour le malade. Watson, Marion, Willems, ont fait construire des appareils dont l'étauchéité est satisfaisante.

La statistique opératoire de Watson oscille entre 5 et 7 p. 100.

Pakowski rapporte dans son travail du Service Civiale 18 cas sans accident. C'est donc une bonne opération que les urologistes ont tous adoptée.

2° *Cystostomie*. — Elle est la doyenne de ces opérations de dérivation. Elle peut être sus-pubienne ou périnéale. L'hypogastrique est plus fréquemment employée. Wassiliew et Jaboulay ont essayé de créer un sphincter à l'orifice néoformé. Cependant ce qu'il faut redouter plutôt, c'est la fermeture de l'orifice et nous voyons dans de nombreuses observations que des malades cystostomisés ont dû recourir à d'autres modes de drainage rénal. C'est évidemment une opération simple, de pronostic bénin, d'appareillage commode. Mais ce n'est pas un mode d'exclusion de la vessie et, à moins d'une cystectomie partielle, elle n'évite pas le contact de l'urine avec une vessie malade. Ses résultats sont toujours éphémères. Elle n'a que l'avantage de sa simplicité.

En résumé, une seule opération mérite d'être mise en balance avec l'urétérostomie biliaire définitive, c'est la néphrostomie.

Les anastomoses intestinales sont des opérations graves, difficiles chez des malades où il faut agir vite et simplement. La fatalité de l'infection ascendante voue cette opération à l'insuccès. On pourrait faire le même reproche à l'opération de Pawlick et à celle de Rovsing.

La cystostomie est d'une technique simple et brève, mais elle est insuffisante et n'exclut pas la vessie.

Les observations montrent des malades cystostomisés plusieurs fois. Leur méat artificiel s'est obturé, on a dû recommencer. Quelquefois il s'est cancérisé. Les douleurs et les hématuries se sont arrêtées quelques jours et tout a repris de plus belle.

La néphrostomie, par contre, mérite d'être prise en considération. Marion en a établi une technique bien réglée et rapide. La mortalité de 2 p. 100 de Pakowski est encourageante. Il y a peu à craindre avec elle le danger de la pyélonéphrite, car le drainage par le bassinot se fait bien. Pas de rétention pyélique. L'enlèvement du drain permanent pourra tout faire

revenir dans l'ordre au cas d'accident. Les hémorragies, le traumatisme du parenchyme sont choses évitables d'après Marion. Le grand reproche qu'on peut lui faire c'est l'appareillage incommode pour le malade, difficile à surveiller et à tenir propre.

L'urétérostomie biliaire définitive est sans doute plus simple. Il n'y a pas l'écueil du traumatisme rénal ou de l'hémorragie possibles. La pyélonéphrite, si fatale dans les résultats expérimentaux de Gluck et Zeller, Trekaki, Legueu et Papin, est démentie par la pratique chirurgicale, plus encourageante. L'appareillage commode d'une surveillance facile permet de la prévenir. Le danger existe cependant plus ou moins lointain, même après une intervention impeccable, peut-être par atonie de l'uretère dont les filets nerveux ont été sectionnés. On luttera par l'hygiène urinaire, l'urotropine, les lavages du bassin.

Quelquefois aussi, les douleurs ne sont pas calmées absolument, car la vessie, même exclue, sécrète encore.

CHAPITRE V

Observations.

Nous résumerons d'abord les 14 observations de Legueu et Papin, publiées dans leur mémoire de 1921 et dans le travail du docteur Huas.

OBSERVATION I

LEGUEU et PAPIN.

Tumeur infiltrée de la vessie. Mort.

F... (Émile), 64 ans, facteur.

Malade présentant des hématuries totales ou subtotales, de la pollakiurie diurne et nocturne, des mictions douloureuses, des douleurs hypogastriques et lombaires, de l'amaigrissement.

K : 0,083; azotémie : 0,34; albumine : 1 gramme.

Cystoscopie : Examen difficile par la continuité des hématuries. Capacité faible.

Cystoradiographie : Collargol, 60 cc.

Opacité festonnée droite; ascension dans l'uretère droit; atrophie gauche.

Laparotomie : Exploration; tumeur vésicale dure et adhérente.

Urétérostomie suivant la technique : Uretère droit dilaté.

Les jours suivants, l'urine sort normalement par la sonde. La vessie reste vide. Cinquième jour : 2 litres. Le malade meurt le septième jour.

Autopsie : Tumeur à large surface infiltrant la paroi vésicale droite. Uretère et bassinets droits dilatés. Uretère gauche aboutissant à un rein congestionné et périnéphrite scléro-lipomateuse.

OBSERVATION II

LEGUEU et PAPIN.

Cancer infiltré de la vessie. Guérison.

D... (Louis), 48 ans, employé de chemin de fer.

Malade présentant une succession de symptômes faisant croire à de la cystite : Pollakiurie diurne et nocturne, urines troubles et glaireuses, douleurs à la miction, puis hématuries soit terminales, soit totales.

1° Traitement : Instillations goménolées, repos, légère amélioration.

Cystoscopie : Tumeur épithéliale supérieure gauche.

2° Plusieurs séances d'électrocoagulation : Amélioration.

Les hématuries revenant, nouvelle cystoscopie : Cancer infiltré, paroi déprimée.

Cystoradio : Capacité faible, ascension dans l'uretère droit.

Urétérostomie pratiquée.

L'uretère droit dilaté paraît envahi, section, implantation symétrique.

L'uretère droit fonctionne, le gauche ne donne pas d'urine (rein gauche détruit?).

Le malade guérit. Disparition des douleurs.

Il quitte l'hôpital en faisant des projets d'avenir.

OBSERVATION III

LEGUEU et PAPIN.

Extrophie vésicale. Guérison.

B... (Lucien), 23 ans, envoyé à l'hôpital parce que son extrophie ne tolère pas d'appareil. Il est trop âgé pour supporter la cure radicale.

Bon état général; adénoïdes.

Extrophie complète. Muqueuse saillante, rouge, granuleuse, urètre ouvert.

Azotémie : 0,30; K : 0,08.

Pyélographie : Bassinets et uretères dilatés. Rein gauche abaissé à la crête iliaque.

Urétérostomie iliaque : Uretères volumineux supportant la sonde Nélaton 18.

Diurèse faible d'abord : 1.500 au sixième jour, puis redescend à 1.000. Le malade appareillé part satisfait et guéri.

OBSERVATION IV

LEGUEU et PAPIN.

Néoplasme vésical. Mort.

J... (Auguste), 47 ans. État de cachexie avancé. Hématuries totales et continues. Violentes douleurs.

Urétérostomie et néphrostomie pratiquées. Néphrostomie rapide avec la canule munie de son mandrin.

Opérations bien supportées. Sécrétion déficiente, mêlée de sang, s'abaisse à 500, puis remonte à 700 grammes. Hémorragie dans la plaie (pincement) au sixième jour. Température : 38°5 à 39 degrés.

Mort en urémie au neuvième jour.

OBSERVATION V

LEGUEU et PAPIN.

Tumeur infiltrée de la vessie. Guérison opératoire.

G... (Adolphe), en mai 1919, entre à Necker, se plaignant d'hématuries, tantôt totales, tantôt terminales, depuis quatre mois. Il ne présente pas d'autres symptômes, sauf un peu de douleur à la miction.

Les urines claires ou troubles ne donnent pas de dépôt. Pas d'antécédents urinaires.

La cystoscopie révèle une tumeur infiltrée de la vessie à droite, assez volumineuse.

A la radiographie, ombre irrégulière, arrondie à gauche, amputée à droite d'un cinquième.

Cystostomie partielle du docteur Papin par voie endovésicale. Suites opératoires excellentes.

L'amélioration ne dure pas. En août, les hématuries et les douleurs s'installent.

Double urétérostomie.

A droite, uretère dilaté qu'on fixe à la peau. A gauche, l'uretère est normal et se laisse facilement attirer. Le malade se déclare enchanté et ne souffre plus. Il peut sortir de l'hôpital avec un appareil continent. Mais la tumeur vésicale continue à se développer.

OBSERVATION VI

LEGUEU et PAPIN.

Cancer vaginal propagé à la vessie. Guérison opératoire.

M^{me} D... (Louise), 30 ans, entre à Necker, le 5 mai 1919, parce qu'elle perd ses urines par le vagin depuis deux mois.

Pas d'antécédents génitaux.

Depuis un an, pertes roussâtres et fétides.

Amaigrissement ; avant de perdre ses urines a présenté durant un mois des phénomènes de cystite.

La malade n'a pas de mictions spontanées ; la totalité des urines passe par le vagin. Douleurs peu intenses au bas-ventre et aux lombes.

Mauvais état général, un peu de fièvre.

Au toucher vaginal, on trouve le tiers supérieur du vagin transformé en tube scléreux étroit. La fistule n'est pas perceptible.

Le 10 mai, on intervient. Uretères facilement attirés, un peu gros. Quinze jours après, la cicatrisation est achevée à droite.

Plaie un peu tuméfiée à gauche. Le 5 juillet, la malade sort de l'hôpital avec un bon appareil.

OBSERVATION VII

LEGUEU et PAPIN.

Récidive de cancer vésical. Mort au bout d'un mois.

D... (Flavien), depuis trois ans, présente des phénomènes vésicaux. Il a eu des hématuries se répétant de plus en plus fréquemment, terminales et totales.

Une première fois, on fait une cystectomie partielle. Après récurrence, le malade est réopéré trois fois. Les symptômes réapparaissent très intenses. Son état général est mauvais. Crises douloureuses intenses.

Le 3 juin 1919, urétérostomie du docteur Papin. Opération difficile. Uretères infiltrés et dilatés.

Après l'intervention, polyurie marquée. Puis la diurèse diminue. La fièvre s'allume. Il meurt au bout d'un mois malgré une bonne dérivation.

OBSERVATION VIII

LEGUEU et PAPIN.

Cancer du vagin propagé à la vessie. Guérison opératoire.

M^{me} D..., 40 ans.

A subi un Wertheim pour cancer utérin. Récidive. Métrorragies qui cessent.

La malade perd ses urines par le vagin. Suintement rosé au moment des époques. Amaigrissement. La malade souffre de son vagin. Elle est impotente.

Reins normaux. Le vagin est obstrué par une masse bosselée qui infiltre les parois.

Fistule de la grosseur d'une pièce de dix sous.

Le 31 octobre 1919, urétérostomie du professeur Legueu. A droite, uretère dilaté; à gauche, normal. L'opération suit son cours sans incident. La malade, cicatrisée, peut quitter l'hôpital appareillée. La diurèse était excellente.

OBSERVATION IX

LEGUEU et PAPIN.

Cancer de la vessie. Mort.

P... (Adrien), 71 ans, entre à l'hôpital pour une hématurie vésicale datant d'un mois. Douleurs à l'urètre et au col de la vessie pendant la miction, au périnée continues. Exploration endovésicale impossible. L'état général est mauvais.

„Urétérostomie du docteur Papin.

Opération difficile. Gros ganglions iliaques, uretères dilatés. La diurèse n'est pas satisfaisante. Au sixième jour la fièvre s'allume et le malade meurt au huitième jour avec 1.200 grammes d'urine.

A l'autopsie, gros délabrements du côté du rein. Scléro-lipomatose. Gros ganglions iliaques et lombaires. Tumeur infiltrée de la vessie.

OBSERVATION X

LEGUEU et PAPIN.

Cancer de la vessie. Guérison.

L... (Marcel), 64 ans, entre, le 23 mai, à Necker pour des phénomènes cystiques, hématuries, douleurs, urines troubles.

A l'endoscopie : Polype vésical.

Séances d'électrocoagulation.

En novembre, crises douloureuses et hématurie abondante. La sonde à demeure calme ces symptômes. En mai 1922, on ne constate pas d'amélioration malgré le traitement endoscopique. La capacité vésicale s'est réduite. Pollakiurie douloureuse et sale. Le malade souffre et maigrit. Toucher rectal douloureux Infiltration périprostatique.

Le 10 juin 1920, cystostomie totale et urétérostomie biliaire. Incision sous-ombilicale. La vessie est enlevée sans incident. On implante ses uretères à la peau en bonne position.

Les suites opératoires ont été bonnes.

Le malade est sorti de l'hôpital le 25 juillet entièrement guéri et appareillé.

Il a été revu. La diurèse est excellente, l'état général s'est amélioré considérablement.

Il a repris son travail de commis de magasin sans fatigue.

Il a été examiné au point de vue de la bactériologie de ses urines, pas de microbes.

OBSERVATION XI

LEGUEU et PAPIN.

Urétérostomie pour rein unique. Néphrectomie pour bacillose du côté opposé. Guérison.

H..., chauffeur d'automobile, a été néphrectomisé pour bacillose rénale gauche en 1911.

Il consulte le docteur Papin en 1921, pour des phénomènes cystiques intenses qui lui rendent la vie intolérable.

On lui plante son uretère droit à la peau.

Son azotémie était de 0,409, sa constante de 0,07.

L'opération est facile. Uretère un peu gros.

Le malade se sent extrêmement soulagé dès le soir même et la diurèse s'établit régulièrement. Il quitte l'hôpital.

A quelque temps de là il reprend son travail sans aucune gêne.

OBSERVATION XII

LEGUEU et PAPIN.

Cancer utérin, récédive, comprimant les uretères. Guérison.

M^{me} B... (Jeanne), 25 ans, entre à Saint-Joseph pour accidents urémiques par compression des uretères d'un néoplasme utérin.

Malade depuis 1920. Mal réglée. Métrorragies abondantes et douleurs dans le bas-ventre. Elle a été hystérectomisée à Tenon le 7 octobre 1920.

Au bout de six mois apparaissent des hématuries douloureuses,

de la pollakiurie, des douleurs lombaires. L'état général est mauvais. Azotémie : 2,52.

Le 30 janvier 1922, urétérostomie double. Uretères dilatés. Azotémie : 4,16.

Le lendemain, la malade soulagée urine 3 litres. Azotémie : 3,96.

Le 22 février, la malade est en bon état avec une azotémie de 0,28.

OBSERVATION XIII

LEGUEU et PAPIN.

Extrophie vésicale. Guérison.

D... (Lucienne), 9 ans.

En 1920, on l'opère à Nantes par avivement. La fermeture de son extrophie n'est pas complète. Elle perd ses urines.

En 1923, elle entre à Necker.

Quoique maigre, son état général est bon. Son intelligence est bien éveillée. Son extrophie se présente sous forme d'une saillie rouge et suintante, de la grosseur d'une pièce de 5 francs. Les replis de la muqueuse cachent les orifices urétéraux. Aplasie de la paroi abdominale avec hernie douloureuse surmontant l'extrophie.

Toute thérapeutique autoplastique étant vouée à l'insuccès, on fait une urétérostomie. La diurèse ne s'établit régulièrement que le troisième jour. Petite ascension thermique. L'uretère gauche, jusqu'au neuvième jour, donne une urine trouble. Au trentième jour, l'enfant est guérie et appareillée. Sept mois après, elle mène une vie normale et se porte bien. Son extrophie suinte encore quelquefois.

OBSERVATION XIV

LEGUEU et PAPIN.

Extrophie vésicale. Guérison.

N... (Gabrielle), 5 ans, entre à Saint-Joseph le 10 novembre 1921. Sa famille n'est pas tarée.

Elle marche difficilement. Malformation des cuisses et du bassin.

Extrophie saignant facilement, suintante, large comme une paume.

Urétérostomie après échec autoplastique. L'enfant se lève trois semaines après et sort de l'hôpital guérie.

Trois ans après, bien portante, grandit normalement, joue avec ses camarades. La diurèse est bonne.

OBSERVATION XV (résumée).

D^r HUC (de Tours), *Journal d'urologie*, 1922, n° 4.

Néoplasme de la vessie. Guérison.

M^{me} M... (de Tours), 46 ans. Hématuries augmentant progressivement en intensité et durée. Douleurs violentes.

Intervention. Cystostomie pratiquée en Angleterre. Soulagement passager. Réapparition d'horribles douleurs au bout de deux mois.

A l'examen, fonctionnement défectueux de la bouche de cystostomie. La malade a des crises douloureuses périodiques au cours desquelles de l'urine passe par l'urètre.

Rien au toucher vaginal. Sensibilité vésicale. La biopsie révèle un néoplasme de la vessie. Urétérostomie sous rachianesthésie.

Uréters gros. Infiltration néoplasique, à droite légère diminution de la diurèse, puis tout rentre dans l'ordre.

Les douleurs disparurent immédiatement et la malade regagna l'Angleterre avec un appareil de fortune. A quelque temps de là reprit sa vie errante. Voyage en Algérie et en Égypte. Dix mois après était en bonne santé, s'occupait même assez activement.

OBSERVATION XVI

M. le professeur DUVERGEY.

B... (Félix), forgeron, 66 ans, demeurant à Bordeaux, entre, le 17 mai 1923, dans mon service à l'Hôpital Saint-André, salle 10 bis, lit 20, parce qu'il souffre en urinant, qu'il a des envies de plus en plus fréquentes d'uriner et qu'il présente des hématuries.

Il ne présente aucun antécédent héréditaire intéressant. Il a été

atteint de trois blennorragies : l'une en 1878, compliquée d'orchio-épididymite; la seconde en 1885, la dernière en 1910. Cependant, aucun signe de rétrécissement urétral à relever dans son histoire.

Vers 1915, il a commencé à se lever la nuit pour uriner; en 1920, il a trois mictions nocturnes en même temps qu'un peu de retard dans la miction et une diminution dans la force du jet.

Pour la première fois, en septembre 1922, il perçoit en finissant d'uriner un peu de sang. A partir de ce moment, chaque miction est accompagnée d'une petite hématurie terminale. Des douleurs à la fin de la miction apparaissent. Enfin la pollakiurie s'installe. Dans la journée, il urine toutes les deux heures; la nuit cinq ou six fois. C'est dans ces conditions qu'il est entré dans le service de M. le professeur Pousson en octobre 1922. Quelques lavages vésicaux ont été pratiqués. Une cystoscopie a été faite; elle a montré une tumeur infiltrée de tout le sommet de la vessie. En janvier 1923, les hématuries ayant disparu, le malade quitte le service, il est envoyé chez M. le professeur Bergonié qui pratique chez lui des séances de radiothérapie profonde.

En février 1923, le patient présente des hématuries totales. Puis alternance d'urines sanglantes et claires. Le jeu des mictions s'accompagne de douleurs de plus en plus vives. C'est dans ces conditions qu'il entre de nouveau à l'hôpital.

A l'heure actuelle, il urine toutes les demi-heures, jour et nuit, souffre terriblement au moment des mictions et rend des urines presque toujours sanglantes. En outre, il éprouve dans l'intervalle des mictions, des douleurs dans le bas-ventre, dans le périnée et dans la verge. Le sommeil est rendu à peu près impossible. L'appétit est diminué et un amaigrissement notable est à noter.

C'est dans ces circonstances que je l'examine. Homme un peu pâle, amaigri, dont la physionomie a une expression douloureuse. Le bocal d'urine est rempli d'une urine sanglante. Le pouls bat à 80. Pas de température. Les reins ne sont pas douloureux ni augmentés de volume; la palpation de la région hypogastrique ne révèle rien d'anormal. Le toucher rectal montre une prostate légèrement augmentée de volume mais de consistance et de configuration normales. Vésicules séminales peu perceptibles. L'exploration de l'urètre mon-

tre un canal non rétréci. Une sonde introduite dans la vessie ramène de l'urine sanglante : 20 cc. environ. La capacité vésicale est très réduite ; elle est de 30 cc., au delà, la distension vésicale est impossible et très douloureuse.

Le dosage de l'urée dans le sang donne le chiffre de 35 centigrammes d'urée par litre de sang.

Le 21 mai 1923, sous rachianesthésie basse, après injection de 6 centigrammes de syncaïne, je procède à la cystoscopie après lavages vésicaux multiples et injection d'une solution d'antipyrine. L'hématurie est ainsi arrêtée. La vessie admet facilement 130 cc. de liquide.

Tout le sommet de la vessie est envahi par une tumeur infiltrée, bourgeonnante, qui a pénétré les parties latérale et postérieure de la vessie. La partie antérieure est aussi envahie par la tumeur qui, à ce niveau, est recouverte et incrustée de sels calcaires, ce qui lui donne l'apparence du givre. Toute la région du trigone et du col est œdématisée, bulleuse ; les orifices urétéraux ne sont pas envahis mais sont perdus au milieu de la muqueuse malade du trigone.

Le malade continue à suivre son traitement radiothérapique, mais la vie pour lui devient de plus en plus pénible ; les mictions douloureuses et sanglantes se rapprochent de plus en plus pour apparaître, jour et nuit, toutes les dix minutes. Le patient maigrit, se prive de boire et de manger et l'urine des vingt-quatre heures n'atteint pas 500 cc.

C'est dans ces conditions que je lui propose une intervention palliative, l'urétérostomie bilatérale définitive, dont je lui explique les conséquences et qu'il accepte avec facilité.

Le 6 juin 1923, avec l'assistance de M. le Dr Dax, mon interne, sous anesthésie à l'éther, je pratique l'urétérostomie bilatérale, suivant la technique habituelle relatée ci-dessus. L'opération est exécutée rapidement, avec la plus grande facilité ; elle est parfaitement supportée. Durée totale : quarante-cinq minutes.

Suites opératoires normales. Les deux reins sécrètent chacun 300 cc. environ d'urine. Le malade est aussitôt soulagé.

Aujourd'hui, je vous présente cet opéré, cicatrisé avec sa double fistule urétérale iliaque. Il va recevoir incessamment son appareil

destiné à recueillir l'urine des deux côtés. Il se trouve très soulagé. Il n'éprouve plus aucun besoin d'uriner.

Il ressent cependant encore quelques douleurs dans la verge. Tous les huit jours environ sa vessie est un peu nettoyée avec de l'eau légèrement cyanurée, et 5 cc. d'huile goménolée à 30 p. 1.000 sont instillés dans la vessie. Il continue à suivre son traitement radiothérapique. Son azotémie est de 30 centigrammes. Enfin, le sommeil et l'appétit sont revenus. L'urine qui s'écoule de ses orifices urétéraux cutanés est claire. Examinée au point de vue bactériologique, l'urine de chaque rein présente quelques cocci prenant le Gram. Certains se présentent en longues chaînettes.

En août 1923, les douleurs irradiées dans la verge et le gland se sont accentuées; elles deviennent violentes en septembre. A cette époque, le malade a de nouveau du ténesme vésical et émet de temps à autre un peu de liquide sanglant.

Le 29 septembre, il meurt dans un état de cachexie avancé.

Il avait été appareillé un mois après son opération et pouvait rester debout toute la journée.

OBSERVATION XVII

M. le professeur DUVERGEY.

Tumeur infiltrée de la vessie. Guérison opératoire.

M... (Paul), charron, âgé de 60 ans, atteint depuis le mois de janvier 1923 de pollakiurie sanglante et de douleurs hypogastriques.

Examiné au mois de juillet 1923 à la cystoscopie, il est reconnu porteur d'une énorme tumeur vésicale infiltrant toute la vessie.

Les orifices urétéraux ne sont pas perceptibles.

La capacité vésicale est de 40 cc. environ.

Ténesme vésical accentué. Insomnie.

Azotémie : 0,50.

Le 16 juillet 1923, on pratique une urétérostomie iliaque bilatérale. L'opération est exécutée facilement en quarante minutes et est suivie d'une amélioration considérable. Le malade est appareillé le 10 août.

En septembre, à part quelques irradiations douloureuses dans la

verge, l'état du malade est devenu satisfaisant. Il peut dormir la nuit; il se lève et vaque à quelques petites occupations. L'urine s'écoule claire des deux côtés.

Azotémie : 0,35.

Mort en avril 1924 de son néoplasme.

OBSERVATION XVIII

MM. les professeurs GUYOT et JEANNENEY, *Revue d'urologie*, février 1923.

Uretéro-néostomie.

Malade de 22 ans atteinte, depuis l'âge de 16 ans, d'une fistule vésico-vaginale *post partum*.

Un mois après l'accouchement, elle est opérée par un de nos collègues sans succès. Cinq mois plus tard, nouvelle intervention après laquelle cette jeune femme peut quitter l'hôpital et vivre sans trop perdre ses urines pendant près d'une année. Après une crise abdominale douloureuse, l'incontinence reparait aussi abondante qu'autrefois. Un érythème crural intense et des lésions annexielles nécessitent un retour à l'hôpital en février 1919. A l'examen, qui est complété d'une cystostomie exploratrice, il est impossible de reconnaître l'urètre. Celui-ci a été détruit, vessie et vagin communiquent par une perte de substance atteignant presque les dimensions d'une pièce de 5 francs.

La malade demande coûte que coûte une nouvelle tentative. Après une préparation minutieuse, nous refaisons sur sonde un urètre par une autoplastie à lambeaux après dédoublement. Fin mai 1919, la fistule est réduite aux dimensions d'une pièce de 1 franc. Une tentative de fermeture faite en juillet échoue. Depuis cette époque, l'affection entre dans une nouvelle phase. Ce sont des crises de pyélonéphrite ascendante bilatérale de plus en plus rapprochées si bien qu'on se décide à faire (juin 1920) à droite un abouchement des uretères à la peau. En effet, l'intervention permet de constater deux uretères à ce niveau. Les suites sont heureuses. La fièvre tombe, l'appétit revient.

La malade, revue à quelque temps de là par M. le professeur Guyot, allait bien.

CONCLUSIONS

1° L'urétérostomie iliaque définitive, mode d'exclusion de la vessie, dont la technique a été mise au point par Legueu et Papin, est une intervention simple et rapide dont l'appareillage est commode ;

2° On doit veiller à la sténose des méats artificiels par une hygiène constante. La pyélonéphrite est d'échéance tardive lorsque toutes précautions sont prises. Le fonctionnement du rein n'est pas modifié ;

3° Cette opération convient aux lésions incurables de la vessie telles que cancer et tuberculose rebelle.

L'extrophie pourra bénéficier d'un traitement plus simple que le Maydl, mais qui fait un fistuleux urinaire.

Elle peut être pratiquée après cystectomie.

4° L'uretère devra être examiné avec soin au point de vue de son envahissement par la lésion voisine.

5° Seule la néphrostomie peut être opposée à l'urétérostomie, mais son appareillage est incommode et de surveillance difficile. Elle peut traumatiser le rein. Elle a pour elle sa faible léthalité (5/00 pour Watson) ;

6° L'urétérostomie a amélioré les souffrances de malades sans recours, livrés au marasme. C'est une bonne opération palliative.

VU, BON A IMPRIMER :

Vu : *Le Doyen,*
C. SIGALAS.

Le Président,
D^r GUYOT.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 10 novembre 1924.
Le Recteur de l'Académie,

F. DUMAS.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBARRAN. — Médecine opératoire des voies urinaires. Greffes de l'uretère, 1909.
- BARDENHEUER. — *Wiener med. Wochens.*, 1889.
- BAJAU. — Étude sur l'urétéro-anastomose et l'urétéroentérostomie. Thèse de Paris, 1908.
- BAZY. — Indications opératoires dans les tumeurs de la vessie. *Revue internationale de médecine et de chirurgie*, 1907.
- BOARI et CASATI. — Étude expérimentale sur l'autoplastie de l'uretère. Académie de Ferrare, 1894.
- BOOK (Carl). — Implantation appendiculaire de l'uretère. *J. of med. Amer. Ass.*, 1913.
- BOEKEL. — De l'exclusion vésicale dans la tuberculose rénovésicale. *Journal d'urologie*, 1912, p. 345.
- CABOT. — De la valeur des opérations palliatives dans le cancer de la vessie. *Ur. J. of New-York*, t. II.
- CASPER. — De l'exclusion de la vessie dans les formes graves de la tuberculose vésicale. *Berlin. kl. Wochens.*, 1912.
- CHIARA (Di). — De l'exclusion dans la tuberculose vésicale. Thèse de Paris, 1912.
- DORÉ. — De l'intervention dans les tumeurs de la vessie. Thèse de Paris, 1911.
- DUVERGEY. — De l'urétérostomie biliaire. *Journal de médecine de Bordeaux*, 10 octobre 1923.
- Société anatomo-clinique. *Gazette hebdomadaire des hôpitaux de Bordeaux*, 16 septembre 1923.
- Communication. Congrès de chirurgie, 1923.
- FÉDOROFF. — Chirurgie des uretères. *Archives chirurgicales russes*, 1906.

- FENWICK. — La valeur de l'urétérostomie bilatérale dans le cancer avancé de la vessie et de la prostate. *British med. J.*, juin 1908.
- FRANK (Kurt). — Sur l'urétérostomie. *Deutsch. Zeitsch. f. Chirurg.*, février 1912.
- GIORDANO in BOARI. — Chirurgie dell' uretere, Roma, 1900.
- GIRAUD. — Traitement chirurgical des tumeurs de la vessie. Thèse de Lyon, 1912.
- GLUCK et ZELLER. — *Archiv von Klinik. Chir.*, Bd XXVI, 1881.
- GOLDENBERG. — *Beiträge zur Klinik. Chir.*, Bd XLIV, Heft 3, 1904.
- Cystectomie totale. Traitement des uretères.
- GROSS. — Chirurgie urétérale. *Zentralb. f. chir.*, janvier 1913.
- GUYON. — Indications opératoires du cancer de la vessie. *Médecine moderne*, 1904.
- GUYON et ALBARRAN. — Congrès de chirurgie, 1898.
- GUYOT et JEANNENEY. — Étude physiopathologique d'un rein à uretère double. *Journal d'urologie*, février 1923.
- HAYES-AGNEW in DELAGENIÈRE. — *Archives provinciales de chirurgie*, juin 1891.
- HARTMAN. — Thèse de Paris, 1887.
- HOOKE. — Chirurgie des uretères. *J. of Am. med. Ass.*, n° 25, vol. XXI.
- HUAS. — Urétérostomie iliaque. Travail de l'Hôpital Saint-Joseph, 1924.
- HUC. — Avantages de l'urétérostomie comme procédé d'exclusion de la vessie. *Paris médical*, 14 octobre 1922.
- In Rapport de Pasteau. *Journal d'urologie*, t. XV, n°s 4 et 5, 1922.
- ISRAEL. — Implantation des uretères. *Deut. med. Wochens.*, Bd XXX, 1904.
- JEANBREAU. — In Pathologie des neuf agrégés, 1921.
- LE DENTU. — Congrès de chirurgie, 1889.
- Maladies de l'uretère et de la vessie. *Traité de chirurgie*.
- LOGUEU. — De l'exclusion vésicale dans la tuberculose de la vessie. *Bulletin médical*, octobre 1910.
- Traité d'urologie, 1922.
- LOGUEU et PAPIN (F.). — Urétérostomie double iliaque. *Archives de Necker*, t. III, 1921.

LOTHEISSEN. — Sur la transplantation urétérale. *Wiener med. Wochens.*, 1899.

MARION. — Technique chirurgicale.

— La néphrostomie. In *Journal d'urologie*, t. VIII, 1919.

MAYDL. — Sur la cure radicale de l'extrophie vésicale. *Wiener med. Wochens.*, 1894.

OPPEL et MIROTWORTZEFF. — Indications et procédés d'exclusion de la vessie. *Arch. chir. russes*, n° 4, 1910.

OPPEL. — Exclusion de la vessie. *Journal d'urologie*, avril 1913.

PAKOWSKI. — La néphrostomie. *Journal d'urologie*, septembre-octobre 1913.

PAPIN. — Technique opératoire des greffes urétérales. In *Encyclopédie de Pousson et Desnos*, t. III.

— L'implantation des uretères dans l'intestin. *Journal de chirurgie*, p. 197, 1908.

— Discussion. Société d'urologie. *Journal d'urologie*, n° 5, 1922.

PASTEAU. — Rapport à la Société d'urologie. *Journal d'urologie*, n° 5, 1922.

POUSSON. — Précis des maladies des voies urinaires.

RAFIN. — Traitement des tumeurs de la vessie.

— Rapport à la Société française d'urologie, 1905.

RIEMER (VON). — Traitement des uretères après cystectomie. *Folio urolog.*, t. II, 1910.

ROVSING. — Double urétérostomie lombaire. *Zentralblatt. f. ch.*, 1907.

THÉVENOT. — La vessie des néphrectomisés pour tuberculose. Association française d'urologie, 1924.

TREKAKI. — Le méat urétéral artificiel. Thèse de Paris, 1903.

VERHOOGEN et GREUWE (DE). — De la cystectomie totale. *Fol. ur.*, 1909.

WILLEMS. — Contribution à l'étude des formes graves de tuberculose vésicale. *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, mars 1910.

— Urétérostomie lombaire de Rowing. *Zentralb. f. ch.*, 1907.

